Lane Medical Library

Ueber

hysterische Scoliose.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELM-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 14. Dezember 1897.

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

OEFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

A. Germant

aus Rogatscheff (Russland).

OPPONENTEN:

Hr. Cand. med. Th. Złocisti.
„ Cand. med. M. Jungmann.
„ Cand. med. R. Aronstam.

BERLIN.

Druck von Harry Mandelstamm & Co.,
Junker-Strasse 19.

Meiner lieben Mutter

und

dem Andenken meines teuren Vaters

gewidmet

vom

VERFASSER.

Einleitung.

In der Einleitung zu seinem Werke schreibt Janet[1]), ein Schüler von Charcot: „Die Hysterie ist eine allgemeine Erkrankung, welche auf den gesammten Organismus umgestaltend einwirkt.“ Ebenso wie sie die Ernährung und alle anderen physiologischen Funktionen stört, beeinflusst sie die psychischen Phänomene, die ja auch eine Funktion des Organismus darstellen. Er stellt vor Allem als das Nothwendigste hin, den Untersuchten in Bezug auf Lebensgang, Erziehung, Charakter und Ideen gründlich zu studiren. Wenn sich diese Forderung im Speciellen auch schwer durchführen lässt, so z. B. bei hysterischer Stummheit, bei kleinen Kindern u. a., so können wir uns doch im Allgemeinen dieser Ansicht anschliessen; denn in der Prüfung seiner Worte und Thaten liegt der beste Weg zur Erkenntnis des Menschen. Als hysterische Stigmata bezeichnet Janet wie auch andere französische Autoren folgende Symptome: Anästhesien, Amnesien, Abulien, die Störungen der Motilität und Aenderungen des Charakters. Janet betrachtet die Anästhesien als ein treffliches diagnostisches Merkmal wegen ihrer leichten Erkennbarkeit und ihres constanten Auftretens. Sie spielen seiner Ansicht nach auch eine wichtige Rolle in der Theorie der Erkrankung. Sie existiren nämlich nicht im gleichen Grade und in gleicher Form bei den psychischen Störungen anderer Art.

[1]) Pr. Janet, Etat mental des hystériques, (Les stigmates mentaux). Paris; Deutsch von Max Kahane, Leipzig und Wien 1894.

In einer anderen Abhandlung bespricht Janet[1]) die neueren Ansichten über die Hysterie und versucht eine Definition derselben aufzustellen, die jedoch nicht eine Erklärung, sondern nur einen möglichst umfassenden Begriff für alle bisher bei dieser Krankheit beobachteten Symptome geben soll, wobei er die Nothwendigkeit einer psychologischen Definition betont. Er fasst seine Ansicht in folgenden Sätzen zusammen: „Die Hysterie ist eine Geisteskrankheit und gehört zu der Gruppe der Degenerationskrankheiten.“ Sie hat nur unwesentliche körperliche Symptome (allgemeine Herabsetzung der Ernährung) und ist vorwiegend durch psychische Symptome gekennzeichnet. Die Hauptsache ist eine Schwächung der Fähigkeit der psychischen Synthese, eine Einengung des Bewusstseinsfeldes; eine Anzahl elementarer Phänomene, Empfindungen und Vorstellungen, entgehen der persönlichen Perception („Stigmata“). Die Folge ist eine Neigung zu einer dauernden (im Gegenatz zur Psychasthenie) Theilung der Persönlichkeit, zur Bildung mehrerer von einander unabhängiger, mit einander abwechselnder oder neben einander bestehender psychologischer Phänomene (Anfälle, Somnabulismus, halbbewusste Handlungen). Dieser Mangel einer Synthese begünstigt schliesslich die Bildung bestimmter parasitärer Ideen, die sich vollständig und unabhängig von einem persönlichen Bewusstsein entwickeln und sich in den verschiedensten scheinbar körperlichen Störungen äussern.

Das weite Gebiet der Hysterie ist in den letzten Jahrzehnten nach den verschiedensten Richtungen hin ausgebaut worden. Ihre klinische Symptomatolngie, die Diagnostik und die Therapie sind bereichert und verfeinert, auch die Aetiologie wandelt in ganz neuen Bahnen und hat an Stelle der veralteten Begriffe neue eingesetzt, z. B. die Infection und die Intoxikation. Besonders ist dieses Kapitel von den Franzosen erörtert worden. Wenn man

[1]) Pierre Janet, Quelques definitions récentes de l'hysterie, Arch. de neur. 1893. XXV p. 417—38 et XXVI p. 1—29.

zuerst glaubte, dass die Krankheit nur bei Frauen vorkommt, hat man sich in der letzten Zeit überzeugt, dass sie bei Männern und Kindern, wenn auch nicht so häufig, immerhin häufig genug vorkommt. Charcot war der erste, der die Häufigkeit der Hysterie bei Männern nachwies und als bedeutsamen ätiologischen Factor neben dem Trauma die Vergiftung feststellte[1]).

Wenn auch die Hysserie als Erkrankung des Nervensystems schon von den ältesten Autoren anerkannt und bezeichnet worden ist, — schon Piso[2]) (Le Pois aus Nancy 1563—1636) hat sie als solche erkannt und bezeichnet — so erscheint doch noch bis jetzt die Pathologie und Aetiologie ziemlich dunkel. Die überaus grosse Mannigfaltigkeit und der Wechsel der Erscheinungen, mit denen die Hysterie gewöhnlich einhergeht, rechtfertigt es, wenn jeder einzelne charakteristische und wegen seines Symptomenbildes interessante Fall veröffentlicht und hierdurch Material gesammelt wird.

Ueber solchen Fall von Hysterie soll an dieser Stelle berichtet werden, der wohl hinreichend Interesse bieten dürfte, selbst auf die Gefahr hin, dass sich in der Literatur noch mehrere derartige — mir unbekannt gebliebene — Fälle vorfinden sollten.

Dank der Güte des Herrn Professor Dr. Mendel bin ich in der Lage, eine hysterische Contractur im Gebiete der Rückenmuskulatur (hysterische Scoliose) beschreiben zu können.

Bevor ich auf meinen eignen Fall eingehe, will ich die mir bekannt gewordenen Analoga, zumal die von Vic[3]) veröffentlichten, kurz citiren.

Fall I. (Vic-Hospital Trousseau).

Bertha R., 11 J. Aufgenommen am 31. Mai 1890. Hereditär nicht belastet, Vater leidet an Gastralgie (?). Als Kind von

---

[1]) Charsot, Hémianesthésie hysterique et hémianesthésies toxiques: Clinique des maladies du système nerveux. II. Paris 1893.

[2]) Haeser. Geschichte der Medicin und Hirsch, Hystor.-Geograph. Handbuch.

[3]) Vic, De la Scoliose hystérique, Paris 1892,

6 Monaten hat Pat. Masern durchgemacht und war 6 Wochen krank. Im 5ten Lebensjahre litt sie 2 Monate an fière muquese, sonst, abgesehen von Ausschlag und Angina tons. gesund. Pat., für ihr Alter gross, ist geistig zurückgeblieben, launisch aber lebhaft, klagt über Schmerzen in den Beinen. Vor zwei Wochen ist Pat. beim Sturz von der Treppe auf die rechte Seite gefallen. Erst am nächsten Tage zeigte sich eine gekrümmte Haltung, welche Abends unter Schmerzen grösser wurde. Gleichzeitig wird eine Anschwellung der rechten Seite bemerkt.

Lannelongue constatirt eine Abweichung der Dorsolumbalgegend mit der Convexität nach links, Spannung der Rückenmuskulatur; Steifheit in allen Bewegungen. Er wendete eine Chloroformnarkose an, nachdem er ihr suggerirt hatte, dass sie im Schlafe geheilt werden würde. Sie wurde auch in der Narkose redressirt, und die Heilung hielt einige Stunden an. Man machte ihr kalte Douchen und versicherte ihr täglich bestimmte Heilung. Einen Monat darauf wurde Pat. als geheilt entlassen.

Nach 2 Monaten kam sie wieder. Sie war Tags zuvor nochmals auf die rechte Seite gefallen, und am nächsten Tage beim Erwachen war dieselbe Seite wieder krumm. Diese Wiederholung einer Contractur, welche schnell kam und schnell verschwand, konnte nur als Hysterie auf traumatischer Grundlage gedeutet werden.

Man wendete keine Chloroformnarcose mehr an. Douchen und Suggestion von Seiten der Wärterin, die im gebietenden Tone ihr sagte „gerade stehen“ genügten, um sie in 8 Tagen als vollständig geheilt zu entlassen.

Fall II. (Vic-Hospital Trousseau).

Albertine V. $12^1/_2$ J. alt, aufgenommen 10. Oktober 1892.

Anamnese: Vater Arbeiter, etwas Alkoholiker, sonst gesund. Mutter sehr nervös, soll als Mädchen von 15 Jahren auf einer Seite krumm gewesen sein, die Krümmung verschwand jedoch plötzlich. Genaue Einzelheiten über diese eigenthümliche Scoliose nicht zu erhalten. Durch die Art der Erkrankung der Tochter erinnerte sich die Mutter, dass sie ähnlich erkrankt war. Beim Zahnen bekam

Pat. mehrere convulsivische Zuckungen. Nach Angabe des Vaters soll sie sehr reizbar sein, wird leicht böse, sobald man ihr widerspricht bald weint, bald lacht sie. Vor zwei Jahren Influenza, hierauf Scharlach, ohne Complicationen. Zwei Monate vor Erkrankung fiel sie auf die rechte Seite. Trotz momentan heftigen Schmerzes konnte sie jedoch selbst aufstehen und nach Hause gehen später empfand sie noch einen leichten dumpfen Schmerz, den sie jedoch nicht beachtete. Als Kindermädchen musste sie 5—6 Stunden täglich ein Kind von 7 Monaten auf den Armen tragen. Während der ersten 5 Tage ging alles gut, am 6. Tage fühlte Pat. eine starke Ermüdung im rechten Arm; sie hatte keine Kraft mehr, das Kind zu tragen, die ganze rechte Seite war wie eingeschlafen. Am nächsten Tage gelingt es ihr nur mit grosser Mühe, sich gerade zu halten. Am 8. Tage ist sie auf der rechten Seite vollständig gekrümmt und hat heftige Schmerzen. Zwei Tage später kommt sie in das Hospital-Trousseau, wo man sie aufnahm, nachdem der Interner Guillemain die Diagnose hysterische Scoliose gestellt hatte.

Status praesens: Mädchen von mittelgrossem Wuchse, sehr gut gebaut, von intelligentem Aussehen, etwas verschlossen, giebt sehr klare Antworten, nicht ohne leichtes Stocken, welches sie bald überwindet. Sie ist noch nicht menstruirt. Von den hysterischen Stigmata waren nur Spuren vorhanden. Pharynxreflexe aufgehoben; in der ganzen rechten Seite und in den entsprechenden unteren Extremitäten eine ausgesprochene Hyperaesthesie. Im Bette liegend bietet ihr ganzer Oberkörper eine seitliche Krümmung nach rechts hin dar. Die spinae iliacae anteriores stehen in gleicher Höhe, die unteren Extremitäten normal. Liegt sie auf dem Bauche, so constatirt man eine Concavität der rechten Seite und die linke Schulter steht etwas hervor. Leichtes Hervortreten der Dornfortsätze im Niveau der letzten Rückenwirbel. Beim Betasten fühlt man, dass die Muskeln an der rechten Seite unter der Haut gespannt sind. Diese Straffheit ist auch in der Sacrolumbalgegend vorhanden; Druck auf die Muskeln ruft Schmerz hervor. Vom siebenten Rückenwirbel

bis zum Sacrum ist eine linksseitige, gleichmässige convexe Krümmung 2 cm entfernt von der Mittelaxe. Untersucht man die Pat. im Stehen, und von hinten, so bietet sich die Haltung einer wirklichen Scoliose dar. Rechts ist eine starke Concavität, die Schulter und die Rippen sind nach rechts gebogen, während der Rückgrat, der in der Gegend des 7-8 Wirbels einen leichten Vorsprung zeigt, von hier ab eine dorsolumbale, convexe Curve mit Convexität nach links beschreibt, deren höchster Punkt sich auf dem Niveau der ersten Lumbalwirbel findet. Das Gewicht des ganzen Körpers ruht auf dem rechten Bein. Dabei ist her Gang schwerfällig wegen der Steifheit, die in allen Bewegungen herrscht. Die Schenkel sind leicht nach dem Becken zu gebogen und die Beine nach den Schenkeln zu. Die Pat. fühlt sich im Allgemeinen ziemlich wohl. Temperatur normal Appetit gut. Eine locale Temperaturdifferenz zwischen beiden Seiten wurde nicht gefunden.

12. Oktober: **Status idem**, nur der Schmerz ist geringer, die Pat. ist ruhiger. Man verspricht ihr baldige und vollständige Beseitigung ihrer Verkrümmung.

Fall III (Landois citirt bei Vic).

C. 12 $^1/_2$ J., körperlich entwickelt wie ein Mädchen von 14 Jahren. Frühere Krankheiten:

Scharlach, complicirt mit leichter Endocarditis ohne Albuminurie, vollständig geheilt. Linksseitiger Pleuraerguss schnell resorbirt, Rheumatismus articulorum acutus, ohne Complicationen von Seiten des Herzens. Im Alter von 7 Jahren (1884) beginnt Pat. gekrümmt zu gehen (tout de travers) beim Stehen stützt sie sich auf einem Bein. Seit einiger Zeit Pat. sehr nervös, gereizt, ärgerlich und schneidet Grimassen, von denen man sie weder durch Ermahnungen noch durch Drohungen abgewöhnen kann.

Die Untersuchung des Körpers nackt, stehend, die Ferse aneinander, die Arme herabhängend ergab die Neigung der Pat. auf dem linken Beine zu stehen; die linken falschen Rippen sind der Crista ossis ilei genähert, der Thorax ist links abgeplattet, rechts gewölbt; die linke Schulter steht tiefer. Leichte Kyphose compensirt

durch eine unproportionirte beträchtliche Einsattlung mit kyphotischer Convexität, so dass ein grosser Bauch vorgetäuscht wird. Pat. bewegt sich fortwährend, und ist dermassen unruhig, dass man an Chorea denken kann.

Hereditäres: Mutter lebt, ist ausserordentlich nervös, hatte einige hysterische Anfälle. Vater lebt, ist sehr nervös.

Behandlung: Kalte Douchen auf die Wirbelsäule, mit nachfolgender Abreibung, gewöhnliche Gymnastik am Trapez und Ringen, Aufenthalt am Meere. Vollständige Heilung.

Fall IV (Grancher, citirt bei Vic).

Schmerzhafte Contractur der Sacrolumbal- und Abdominalmuskeln (torticolis lombaire) 3 Monate nach einem Falle auf den Rücken.

Cécilie V. 8 Jahre alt, aufgenommen 30. Jan. 1888. Vorher keine Krankheiten. Das Kind machte selbst folgende Angaben: Vor ungefähr drei Monaten fiel Pat. die Treppe herunter, sie ist rücklings gefallen, hat mehrere Stufen übersprungen, und erhob sich, ohne zunächst Schmerzen zu haben. Nach ungefähr 6 Wochen verspürte sie im Rücken und in den Seiten heftige Schmerzen.

Status praesens: Pat. ist mittelgross, etwas schwächlich mit intelligenten Zügen und mit etwas hysterischer Physiognomie. Ihre Antworten sind klar und sicher. Uebrigens keine hysterischen Stigmata, keine Hautanaesthesie, weder sensorische noch solche von Pharynx. Beim Aufstehen und bei allen Lageveränderungen treten die Schmerzen auf. Wenn sie zu gehen versucht, werden die Schmerzen furchtbar. Keine Narbe; Consistenz und Elasticität der Haut normal. Bei Untersuchung der schmerzhaften Partieen, wobei Pat. aufsitzt constatirt man einen scharf hervortretenden Vorsprung in der Dorsolumbalgegend in der grossen Curvatur der Wirbelsäule. Der höchste Punkt der Curvatur entspricht den Fortsätzen der ersten Lumbalwirbel; die Curvatur ist regelmässig. Ausser dieser Kyphose hat Pat. noch einen gewissen Grad von Scoliose in der Lumbalgegend; diese latere Abweichung ist nur dann deutlich zu sehen, wenn Pat. aufrecht steht. Im Niveau der Wirbel ist eine Anschwellung weder zu sehen noch palpatorisch wahrnehmbar; die Sacro-lumbal- und die

langen Dorsalmuskeln sind normal. Bei aufrechter Stellung springt die Muskulatur der linken Seite etwas vor. Palpirt oder percutirt man der Reihe nach die Dornfortsätze, so erhält man nur ungenaue Auskunft über den Sitz und Grad der von Pat. wahrgenommenen Sensation. Pat. klagt über einen leichten Schmerz, den sie aber an verschiedenen Punkten localisirt, bald in den letzten Dorsalwirbeln bald in den ersten Lumbalwirbeln, zuweilen in den intervertebralen Partien. Aber das genaueste Resultat der Sensibilitätsprüfung in jener Gegend ist ein constanter Schmerz beim Druck auf die vertebrale Furche im Niveau der Sacro-Lumbalmusculatur. Kein Schmerz, selbst beim starken Drucke auf die Weichtheile, keine wahrnehmbare Anschwellung, vollkommene Bewegungsfreiheit der Coxo-femoralarticulationen. Ein anderer Schmerzpunkt ist die Gegend der rechten Seite. Beim Aufrichten legt sie ihre flache Hand auf die rechte Seite, wie um die Muskulatur unbeweglich zu machen, beugt den Oberkörper nach rechts, wobei ihr Gesicht einen furchtsamen Ausdruck annimmt. Nachdem sie einige Minuten gestanden, zeigt sich die Scoliose bedeutend vergrössert, die Linie der Dornfortsätze bildet eine Curvatur mit der Convexität nach links, von welcher der höchste Punkt 4—5 cm von der Medianaxe des Körpers entfernt ist. Links ist die laterale Furche schärfer ausgeprägt. Je länger Pat. steht, desto ausgesprochener wird die Beugung des Rumpfes nach rechts. In der Rückenlage erweist sich die Muskulatur als unnachgiebig und der kyphotische Vorsprung bleibt unbeeinflusst.

Diese Erscheinungen sind mehrmals constatirt worden. Pat. empfindet keinen Schmerz mehr. Die Kypho-Scoliose unverändert, die Sensibilität normal. Am 20. April (inzwischen Diptherie überstanden) Scoliose und Kyphose bedeutend vermindert. Pat. fühlt an der Wirbelsäule keinen Schmerz mehr.

Behandlung: Application von zwei Schwefelbädern wöchentlich.

Fall V. Landry, Untersuchungen über Ursachen und therapeutische Massnahmen bei Nervenkrankheiten, citirt bei Vic.

X., 18 Jahre alt, Näherin, bisher gesund, körperlich gut gebaut, spürte nach einer Erkältung (im Jahre 1853) in der rechten Fossa

iliaca einen unangenehm heftigen Schmerz, der sie zwang, den Oberkörper nach rechts zu beugen, ohne dass sie im Stande war, sich von selbst wieder aufzurichten. Am 6. Tage verschwand der Schmerz indessen wurde die laterale Abweichung stärker. Am 23. April 1853 kam sie zu Hr. Robert ins Hospital. Man stellte eine laterale Abweichung fest, die den Körper der Pat. deformirte. Zurückgeführt wurde diese auf Contractur der rechten sacro-lumbalen Partie, die beim Betasten eine beträchtliche Rigidität aufwies; wahrscheinlich war auch der Quadratus lomborum contrahiert. Die letzte rechte Rippe und Crista iliaca lagen aufeinander. Die Contractur wurde auf jene Erkältung zurückgeführt. Der Kranken wurde das Tragen von zwei ungleich grossen Krücken verordnet. Die grössere sollte die rechte Schulter stützen; so dass die rechte untere Extremität frei schwebte. So wurd eine allmähliche Dehnung durch ihr eigenes Gewicht bewirkt.

Am 1. August spürte Pat. einen kräftigen Ruck, und als sie am andern Tage aufstand, war die Deviation verschwunden. Die Heilung bestand fort.

Fall VII. **Eigene Beobachtung in der Privat-Nerven-Klinik** von **Prof. Dr. Mendel-Berlin.**

Ch. D. aus Mohilew-Gouvernement (Russland), 16 Jahre alt, aufgenommen am 15. Juni 1897.

Anamnese: Eltern und Geschwister leben und sind gesund. Hereditär nicht belastet. Menses seit einem Jahr regelmässig. Vor 8 Jahren Scharlach, danach Nephritis. Im Jahre 1894 im Winter ist Pat. beim Schaukeln und zwar auf die linke Seite heruntergefallen, jedoch ohne nachher irgend welchen Schmerz zu empfinden.

Im August 1896 bemerkten die Angehörigen, dass die linke Schulter etwas tiefer stand als die rechte, in den nächsten Monaten verschlimmerte sich dieser Zustand, so dass im Januar d. Jrs. die ganze linke Rumpfhälfte gebeugt gehalten wurde. Seit Februar d. J. ist Pat. bei Professor J. Wolff hier in Behandlung, trotzdem wollte das Leiden nicht besser werden. Pat. ist beim Gehen, Stehen und Sitzen nicht behindert, doch kann sie auf der linken Seite nicht

liegen. Sonst hat Pat. keinerlei Beschwerden, besonders kein Globusgefühl, Kopfschmerzen und dergleichen, nie Krämpfe.

Status praesens: Pat. ist ein für ihr Alter gut entwickeltes Mädchen mit reichlichem Fettpolster und genügender Muskulatur. Kopfform ohne Besonderheiten. Im Gesicht fallen zahlreiche Acneknötchen auf. An den Hirnnerven keine krankhaften Veränderungen zu constatiren. Die beiderseits gleichmässig weiten Pupillen reagiren auf Lichtreaction und Accomodation prompt Augenhintergrund normal. Beklopfen des Kopfes nicht schmerzhaft. Sensibilität im Gesicht intact. Pat. zeigt eine auffallende Verkrümmung des Rumpfes (Bild I., II.) Von vorn gesehen, steht vor Allem die linke Schulter ca. 15 ctm. tiefer als die rechte. Das linke Tailendreieck ist sehr gross, dem entsprechend sieht man eine tiefe Hautfalte am linken Rippenbogen horizontal verlaufend vom Scheitelpunkt des ca. 110° grossen Taillenwinkels. Das Becken steht rechts höher als links. Die beiden Unterextremitäten sind von gleicher Länge. Ausser der seitlichen Verkrümmung des Rumpfes zeigt derselbe auch noch eine Drehung um seine Längsaxe derart, dass die linke Seite etwas nach hinten gedreht ist. Ausserdem fällt noch eine Einziehung in der Gegend des linken Rippenbogens auf. Der ganze Rumpf steht derart, dass eine Verbindung von Nabel und Symphyse ihre Fortsetzung in der rechten Parasternallinie findet. Von hinten gesehen, fällt ausser dem Tiefstehen der Schulter und der auch hier ausgeprägten tiefen Horizontalfurche, welche von dem Scheitel des Taillenwickels ausgeht, die enorm starke seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule, welche sich über die ganze Länge derselben in einen nach rechts stark convexen Bogen erstreckt, auf. Nur die Halswirbelsäule zeigt eine geringe compensatorische entgegengesetzte Verkrümmung. Die linke Spina ant. sup. steht ca. 2 cm. höher als die rechte. Beim Betasten fühlt man im linken Latissimus dorsi einen abnormen Contractionszustand, besonders in dem Winkel zwischen Arm und Rücken. Auch der Teres major scheint im Contractionszustande zu verharren. Durch Suspension lässt sich diese Deformität ausgleichen. Die Cucullares befinden

sich in gleichem Contractionszustande. Auch in der Bettlage ist die Körperhaltung die krankhafte. Die Kraft der Arme und Beine ist überall eine gute. Die Sensibilität scheint am ganzen Körper beiderseits gleich zu sein. Die grossen Nervenstämme sind nicht druckempfindlich. Die passiven Bewegungen der Extremitäten sind durchaus frei. Die Wirbelkörper, auch in der erkrankten Partie, sind auf Druck nicht schmerzhaft. Keine trophischen Veränderungen. Beim Gehen werden die Beine aneinandergerieben. Will Pat. aufrecht stehen, so stützt sie sich auf das rechte Bein, während sie das linke mit der Fussspitze aufstellt und so das Höherstehen des Beckens ausgleicht. Die Patellarreflexe sind von normaler Beschaffenheit, ebenso die Hautreflexe, die Sohlenreflexe und Bauchdeckenreflexe.

Lungengrenzen:

Vorn, unten, rechts — oberer Rand d. 7. R.

Hinten, unten, beiderseits — 11 Brustwirbel.

Athmungsgeräusch — vesiculär. Herzgrenzen — normal Herztöne — rein. Puls regelmässig, ca, 80. Urin enthält kein Saccharum und kein Albumen.

Diagnose-Hysterie (hysterische Scoliose).

Therapie: Suspension, Anlegung eines Magneten. 16. VI. Gewicht 101 Pfd. Pat. kann, activ die Contractur vollständig für kurze Zeit redressiren. 17. VI. Point du feu, worauf sich Pat. ganz gut hält.

18. VI. Haltung wieder besser.

Die Minimalzuckungen für den faradischen Strom sind:

Rechts R. A.		Links R. A.	
75 mm	Latissimus dorsi	75 mm	
85 „	Serratus anticus	85 „	
88 „	Cucullaris obere Partie	85 „	nach Redression der Schulter.
70 „	Cucullaris untere Partie	70 „	

Hängt die Schulter herab, so ist die mittlere Portio des Musculus Cucullaris nicht erregbar, aber vom Nerv aus erregbar.

26. VI. Pat. wird täglich zwei mal an eine Latte in reponirter Stellung aubandagirt und bleibt so je 1½ Stunden liegen.

28. VI. Fällt nach Abnehmen der Bandage in die pathologische Stellung zurück.

3. VII. Keine Aenderung. Injection mit Ac. acet. 2—3 Tropfen.

6. VII. Nach Aussage des Bruders soll Pat. geistig nicht besonders entwickelt sein. Fragen aus dem Gebiete der Geographie und Geschichte kann sie nicht beantworten.

Muscul. latissim.-dorsi contrahirt. Linke Schulter steht scheinbar tiefer als bei der Aufnahme. (15 cm).

8. VII. Status idem. Gewicht 100 Pfd. Rückendouchen. Galvanisation.

12. VII. Pat. hält sich von heute an drei mal täglich an eine Schlinge, die am oberen Bettende angebracht wird. Galvanisation mit der Anode auf der rechten Seite.

13. VII. Pat. steht mit suspendirtem Arm.

15. VII. Injection mit Duboisin 0,0003. Pat. liegt heute besser.

16. VII. Gestern nach der Einspritzung keine Reizgefühle auf der Rachenschleimhaut, keine Veränderungen an den Augen. Heute wird 0,0005 Dub. injicirt.

17. VII. Gestern konnte Pat. nach der Einspritzung nicht lesen und nur schwach sehen. Heute wird 0,0006 Dub. injicirt. Status idem.

19. VII. Seit gestern Tic des M. Cucullaris mit Contraction beider Cucullares. Es scheint, als wenn beim Nachlasse im rechten Sterno-cleido-mastoideus abnorme Contractionszustände wären. Die Zuckungen sind sehr häufig und verschwinden nicht beim Druck auf die Nervenstämme.

20. VII. Die Zuckungen sind sehr selten geworden. Pat. bekommt drei mal wöchentlich ein Bad mit Kal. permang.

21. VII. Kein Tic mehr, sonst Status idem.

23. VII. Während des Bades wird von jetzt an eine Douche gegeben.

24. VII. Pat. liegt von heute an auf dem Bauch.

27. VII. Tinct. Valer., Tinct. Gentian. et Asa fötid. $\overline{aa}$ drei mal täglich 10 Tropfen.

1. VIII. Scoliose vielleicht etwas geringer.

13. VIII. Scoliose unverändert. Darmbeinkamm links beträchtlich höher. Der Thorax noch stark links nach vorn zusammengequetscht, rechts hinten vorgebogen. Eine Verbindungslinie vom Caput humeri dextr. durch die Mamilla geht circa 3—4 cm rechts vom Nabel vorbei. Im Winkel des linken Taillendreiecks sind 3 Linien durch tiefe Hautfalten markirt sichtbar. Der Unterschied im Hochstand der Schulter noch derselbe wie früher. Der Latissimus dorsi springt noch contrahirt vor. Beim passiven Hochrichten der linken Schulter fühlt man in dem Raum zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm eine Resistenz (anscheinend den Quadratus lumborum) scharf contrahirt vorspringen.

19. VIII. Es erfolgen ab und zu Zuckungen der Rumpfmuskulatur.

20. VIII. 8 trockene Schröpfköpfe auf die linke Rumpfunterhälfte. **Medicamente**:

Rp. Mixt. Chinae 1 : 180,0
Acid. sulf. gtt. X

M. D. S. drei mal täglich 1 Esslöffel.

23. VIII. Trockene Schröpfköpfe auf die linke Rumpfunterhälfte.

3. IX. **Ordination**: Natr. chlor. 0,2 stdl. 1 Pulv.

6. IX. Keine Besserung. Pat. wird täglich suspendirt mit tiefgestelltem Bügel für die rechte, und hochgestelltem für die linke Schulter.

8. IX. Die Deformität im Ganzen hat zugenommen. Die

Sehne des linken Latissimus ist stärker angespannt, die linke Hüfte steht höher. Durch Emporziehen ist wohl die Schulter etwas höher zu bringen, jedoch nicht die Deformität in der Hüfte auszugleichen.

11. IX. Pat. soll täglich wieder eine Stunde das Corset tragen.

12. IX. **Entlassungs-Status**: Die Verbindungslinie zwischen Nabel und Symphyse geht jetzt drei Finger breit von der rechten Mamilla nach aussen vorbei. Die linke Spina ant. sup. steht jetzt ca. 10 cm höher als die rechte. Die linke Schulter steht mindestens 20 cm tiefer als die rechte. Die Drehung des Rumpfes ist geringer. Der Latissimus dorsi ist von vorn gefühlt in einem allerdings abnorm grossen, aber nicht übertriebenen Contractionszustande. Der Hüftbeinkamm und der Rippenbogen links berühren sich fast.

Beim Stehen stützt sich Pat. auf das linke Bein. Bei Suspension bleibt die Deformität in der Haltung des Beckens bestehen.

Stellt Pat. sich auf das gestreckte rechte Bein, so erreicht der linke Fuss kaum den Boden.

An den Hirnnerven auch jetzt nichts Besonderes. An Oberkörper und Armen keine Sensibilitätsstörungen. Der Rachenreflex fehlt. Bei der Sensibilitätsprüfung stellt sich heraus, dass Pat. „Spitz“ und „Stumpf“ wohl unterscheidet, aber eine allgemeine Hypalgesie hat.

Fall VII. Hysterische Kypho-Scoliose von Duret-Lille, citirt bei Vic.

Es handelt sich um einen jungen Mann von 23 Jahren, der von den Stigmata die Anästhesie im Perineum hatte und neben hysterischer Kypho-Scoliose noch andere Störungen aufwies: Obstipatio, Retentio urinae.

Behandlung: In Chloroformnarcose Deformität redressirt, dann Suggestion. Pat. als geheilt entlassen.

Fall VIII, citirt bei Vic, betrifft eine Frau von 22 Jahren, die alle Anzeichen der Hysterie hatte. Gleichzeitig war bei ihr eine ausgeprägte Kypho-Scoliose zu bemerken, die durch lange Zeit fortgesetzter Hypnotherapie vollkommen geheilt wurde.

Ganz besonderes Interesse verdienen wohl folgende von Tölken[1]) mitgetheilte Fälle.

Verfasser hat ein epidemie-artiges Auftreten hysterischer Contractur im Waisenhause zu Bremen beobachtet. Wir wollen nur die Contracturen, welche das Hüftgelenk betreffen, erwähnen.

Im Winter 1892 erkrankte ein 12jähriges Mädchen mit Contractur im Hüftgelenk, im Frühjahr wiederholte sich ein ebensolcher Fall bei einem zweiten Mädchen. Im Jahre 1884 erkrankten 8 Kinder mit Contractur im Hüftgelenk. Im Jahre 1886 erkrankten 2 Mädchen an spastischer Scoliose mit anästhetischer Zone auf der befallenen Seite, verbunden mit Schmerzen. Bei mehreren der Patientinnen traten Recidive ein. Verfasser constatirte bei den sämmtlichen Patientinnen Folgendes: Linke Schulter wird tiefer gehalten, die Wirbelsäule ist seitwärts verkrümmt, der Beckenrand dem Rippenbogen genähert, so dass die Affection auf den ersten Augenblick den Eindruck einer Scoliose machte; bei der Suspension verschwindet die fehlerhafte Haltung nicht, im Gegentheil tritt die Schiefstellung des Beckens dann noch deutlicher hervor. Abgesehen von den letzten beiden Fällen wurde bei allen Kranken Heilung durch einen in tiefer Chloroformnarcose angelegten und 2—3 Wochen liegen gelassenen Gipsverband erzielt. Andere Behandlungsversuche waren erfolglos gewesen. Verfasser empfiehlt seine Therapie, welche sich ihm auch in einem Falle von Contractur des Hüftgelenks bei einer Erwachsenen bewährt hat.

[1]) Dr. Tölken, Bremen, Ztschr. f. klin. Med. XVII. Suppl. Band p. 174. 1890.

Diagnostik.

Obwohl meistens die Diagnose der Hysterie leicht zu stellen ist, bereitet sie oft die grössten Schwierigkeiten, so dass sie nur auf dem Wege der Ausschliessung gestellt werden muss. Es ist das um so nothwendiger, als die Hysterie sehr oft die mannigfachsten organischen Krankheiten vortäuschen kann oder in Verbindung mit denselben auftritt. Nach der Untersuchung der inneren Organe muss man zunächst die Symptome finden, die nur bei den materiellen Erkrankungen des Nervensystems gefunden werden. Die beste Methode dürfte es sein, unsere Fälle mit den organischen Erkrankungen der Wirbelsäule zu vergleichen und zu sehen, ob die von uns angeführten Scoliosen jenen Typen entsprechen. So oft man von Affection der Wirbelsäule spricht, muss man immer an das Malum Potti (Spondylitis tuberculosa) denken, einer tuberculösen Erkrankung eines oder mehrerer Wirbel, bei der es unter Zerstörung der befallenen Knochen in der Regel zur Bildung einer Deformität kommt.

Wollen wir zuerst das Bild des Malum Potti betrachten. Diese Krankheiten befällt am häufigsten Kinder in dem ersten Decennium, zumal im dritten Lebensjahre [1]). Die Kinder sehen kränklich, elend aus, ihr Gesicht ist bleich, anämisch, die Glieder abgemagert, kaum dass sie sich aufrecht halten können, der Schlaf ist schlecht, häufig besteht Fieber; die sonst lustigen munteren Kinder werden mürrisch, verdriesslich, und fangen bald an über

[1]) Hoffa, Lehrb. der orthopäd. Chirurgie.

fortwährende Tag und Nacht andauernde Schmerzen zu klagen; die bald in der Lumbalgegend, bald in der Brust, in den Gliedern lokalisirt werden.

Dieses ganze Bild bieten unsere Fälle nicht dar. Der Beginn ist hier meistens rapid; die Deformität tritt in die Erscheinung, **ohne** dass **allgemeine Störungen des Organismus** auftreten.

Ferner die Pott'sche Krankheit kommt fast immer mit Begleitung eines Abcesses, dessen Gegenwart füglich nicht ohne Einfluss auf die krankhafte Haltung der Wirbelsäule ist.

Von diesen Thatsachen ausgehend können wir mit Gewissheit behaupten, dass unsere Fälle auch nicht den Typen entsprechen die z. B. Besson [1]) in seiner Dissertation beschreibt. Es sind die von ihm genannten „Reflexscoliosen." Das sind Scoliosen, sagt er, die durch progressive Contractur in der Nähe kranker Gelenke entstehen und durch stete Reize, welche entzündete Organe auf benachbarte Muskelgruppen ausüben und dieselben zur Contraction bringen. Nach dem Aufhören der Entzündung oder des Schmerzes, verschwindet natürlich dieser anormale Zustand, (Pseudo-contracturen von Blocq [2]).) In der Diagnostik dieser Reflexscoliosen spielt der Schmerz, welcher durch seinen Sitz die Kenntniss des vorletzten Organs ermöglicht, eine wesentliche Rolle. Ein erkranktes Organ muss natürlich bei dieser Pseudocontraction immer vorhanden sein: bald sind es Scoliosen renalen Ursprungs (Perinephritische Abscesse, Nierensteine mit Nierenkoliken) bald pleuritische Scoliosen unter dem Einflusse einer Pleuropneumonie, oder einer Pleuritis oder infolge einer nach Empyem auftretenden Retraction; bald kann der Hüftschmerz selbst eine laterale Deviation des Oberkörpers dadurch hervorrufen, dass der Pat. zur Stützung des erkrankten Gliedes eine freiwillig geschaffene Haltung annimmt. Ohne darauf noch näher einzugehen, können wir sagen: die Verwechselung solcher Fälle mit jenen, die wir aufgeführt haben, ist nicht möglich.

---

[1]) Besson, Deviations de la taille d' origine reflexe, Paris 1888.

[2]) Blocq, des Contractures, th. Paris 1888.

Was die rachitische Scoliose anbetrifft, so wird diese hier wohl kaum in Betracht gezogen werden können, denn diese tritt bekanntlich vorwiegend mit dem Beginn des zweiten Lebensjahres auf [1]), jedenfalls entwickelt sie sich immer vor dem schulpflichtigen Alter [2]) ausserdem beschreibt die rachitische Scoliose mehrere Curven. Sie beschränkt sich auch nicht auf die Wirbelsäule, sie zieht das Sacrum, Becken, Gliedmassen, Sternum, Rippen und Schädel in Mitleidenschaft.

Ebenso können wir die statische Scoliose ausscheiden, jene Deviation der Wirbelsäule, die eintritt, wenn die eine Unterextremität infolge irgend einer Ursache verkürzt ist. Wenn nämlich der Kranke auf beiden Beinen aufrecht stehen will, muss sich das Becken nach der Seite der kürzeren Extremität senken, und infolge dessen tritt eine Scoliose des Lendensegmentes nach der kranken Seite hin auf. Legt man aber dem Kranken ein Buch oder ein Brett unter das Bein, welches die Längendifferenz der Beine ausgleicht, so stellt sich die normale Haltung wieder ein. In unseren Fällen aber weisen beide Beine die gleiche Länge auf.

Können hier vielleicht myolitische Scoliosen als Ursache angesehen werden? Folgen wir der Begriffserklärung Strümpells, so könnten wir unsere Fälle aus der Reihe jener Erkrankungen leicht ausscheiden: „Mit dem Namen „Myclitis" bezeichnen wir diejenigen entzündlich-degenerativen Erkrankungen des Rückenmarks, welche sich primär in der Rückenmarkssubstanz selbst entwickeln und hier zu einem mehr oder weniger ausgedehnten Untergang der nervösen Elemente führen." Wir haben hier weder Kinderlähmung noch eine progressive Muskelatrophie, noch eine Ataxie u. a. Symptome, mit denen die Krankheit gewöhnlich einhergeht.

Auch können wir hier absehen von der rheumatischen Scoliose, die temporär durch Muskelschmerz entsteht, oder vielmehr aus Scheu vor den durch Myositis rheumatica bei Bewegungen zu ge-

[1]) Henoch, Lehrb. der Kinderkrankheiten.
[2]) Hoffa, l. c.

wärtigenden Schmerzen. Diese Erkrankung geht aber bekanntlich meist rasch vorüber, ohne irgend welche Veränderungen an der Wirbelsäule zu setzen.

Ebenso können wir hier nicht an die sogenannte habituelle Scoliose denken, welche sich meist bei rasch heranwachsenden und muskelschwachen Kindern mit gracilen Knochenbau und schlaffen Gelenkverbindungen entwickelt. Es sind meistens schlanke junge Mädchen, seltener hochaufgeschossene Jünglinge, bei denen verschiedene Momente zur Scoliose prädisponiren: schwache Constitution, Chlorose, Anämie, vor allem gewohnheitsmässige fehlerhafte Haltung während des Schreibens, Musicirens u. s. w. Diese Scoliose ist zudem meistens mit einem ausgeprägten Buckel vergesellschaft von, dem die von uns beschriebenen Scoliosen frei sind.

Vielleicht sind unsere Scoliosen die Folge einer Coxitis oder Coxalgie. Bei diesen Krankheiten ist aber die Deviation begleitet von Schmerzen in der Hüfte und von einer krankhaften Stellung der unteren Extremitäten, (mangelhafte Rotation und Abduction der Beine), woran sich übrigens die Coxotuberculose leicht erkennen lässt. Auch kann bei der Coxitis der Beckenhochstand, der die Krümmung verursacht, gerade gerichtet werden, und sobald das Niveau der Spinae iliacae anteriores wieder hergestellt ist, verschwindet damit die Scoliose. Hier aber ist nichts von alledem. Natürlich wird wohl niemandem eine Verwechselung der hysterischen Scoliosen mit der neuromusculären Scoliose (Ischias-Scoliotica) unterlaufen. Das Krankenbild der Ischias Scoliotica ist etwa folgendes[1]: In der Regel handelt es sich um Menschen, welche durch kürzere oder längere Zeit, oft 1—2 Jahre und darüber, in Folge verschiedener Ursachen an ischiatischen Schmerzen litten. Die Schmerzen beginnen am häufigsten in der Hüftgegend, um sich von da im Verästlungsgebiet des Nervus ischiadicus zu verbreiten. Die Schmerzen localisiren sich in der Regel nicht nur im Verlaufe des Nervus ischiadicus, sondern auch in den Musculocutanen Nerven

[1] Hoffa l. c.

des Ischiadicus und seinen Hautästen, welche dem Sacral- und Lumbalplexus angehören. Die Schmerzen wechseln häufig an Intensität, sie verschwinden für einige Zeit, um dann wiederzukehren. Nachdem erst die Schmerzen eine kürzere oder längere Zeit bestanden haben, stellt sich allmählich oder auch plötzlich die Deformation am Stamme und die Verkrümmung der Wirbelsäule ein.

In differenzial-diagnostischer Hinsicht ist ferner zu betonen, dass diese scoliotische Krümmung sich bei der Suspension des Körpers ausgleicht. Erhebt sich ein solcher Pat. mit den Händen und lässt den Körper herabhängen, so verschwindet die Verkrümmung und die abnorme Haltung des Stammes, was bei unseren Deformitäten nicht der Fall ist. Die congenitale Luxation, Ungleichheit der unteren Extremitäten infolge von Fracturen oder Rachitis erzeugen manchmal wirkliche compensatorische Scoliosen: es genügt die Beine zu messen, um zu sehen, dass nichts derartiges bei unseren beobachteten Fällen vorliegt.

Diese kurze Auseinandersetzung wird wohl hinreichen, um unsere aufgeführten Fälle aus dem Rahmen der eben beschriebenen Krankheiten herauszuheben und sie als hysterische Scoliosen aufzufassen.

Die Bezeichnung hysterische Scoliose scheint auf den ersten Blick eine contradictio in adiecto zu sein; denn die Scoliose bezeichnet sonst eine erworbene Deviation der Wirbelsäule, welche meistens auf eine Erkrankung der Wirbel oder des Rückenmarkes beruht. Die hysterische Scoliose ist ein Krankheitssymptom für sich, ohne jegliche anatomisch-pathologische Veränderung, sie ist eine functionelle Scoliose. Man kann also die hysterische Scoliose definiren als eine laterale rechts- oder linksseitige Deviation in der Dorso-lumbal-gegend der Wirbelsäule, welche bei jugendlichen Personen, besonders bei jungen Mädchen plötzlich auftritt, eine Deviation, welche als die Folge von Contractur der Muskeln der einen oder der anderen Seite der Wirbelsäule auftritt.

Es erübrigt noch, ein paar Worte über Form, Zustandekommen, Aetiologie und Therapie der hysterischen Scoliose hinzuzufügen.

Die hysterische Scoliose beginnt meistens characteristisch schnell: sie tritt ganz plötzlich in die Erscheinung.

Die Contractur, sagt Charcot, sehen wir bald mittelbar, bald unmittelbar, unvermuthet auftreten, dergestalt, dass sie bald ihr Maximum erreicht. Mit anderen Worten: Die Krankheit kann allerdings in ihrem Verlaufe noch zunehmen, aber das Bild als solches kommt mit einem Male zum Vorschein.

Es giebt keine feste Regel für das Zustandekommen der hysterischen Scoliose, man findet sie bei solchen Personen, wo die Hysterie ganz ausgeprägt ist, nicht nur durch Eigenthümlichkeiten des Characters, sondern auch durch verschiedene Anfälle, Katalepsie, Migräne u. s. w. und umgekehrt bei solchen Personen, bei denen die Scoliose die erste Diathese, das erste Stigma der hysterischen Contractur ist. Aber nach und nach können sie auch die anderen Stigmata entwickeln z. B. Hypalgesie, aufgehobene Rachenreflexe, wie in unserem Falle (VI). Es ist ferner zu bemerken, dass die hysterische Scoliose fast ausschliesslich eine Deviation der Hüfte ist. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule, welche im Kreuztheil ganz fehlt, nimmt nach oben zu durch Abnahme des Querschnitts der Intevertebralknorpel und durch die Beschaffenheit der wahren Gelenke zwischen den Processus obliqui. In der Lendenwirbelsäule stehen diese Gelenkflächen fast vertical, sagittal und nahezu einander paralell. An diesen derart für die laterale Beugung angeordneten proc. obliqui inseriren die oberflächlichen und tiefen Muskeln, die jene Bewegungen ermöglichen.

Diese Muskeln machen natürlich ihre gesonderten und allmählichen Bewegungen durch eine gleichzeitige und synergetische Contraction unmöglich. Bei der hysterischen Scoliose prädominirt die Bewegung der Muskeln der einen Seite durch ihre Contractur. Die Sacro-lumbale Masse der einen Seite zieht durch die Contraction des Latissimus dorsi mit seinen transversalen Bündeln und Zacken die laterale Abweichung der Wirbelsäule nach sich. Gewisse Muskeln des Bauches (die untern Zacken des Transversus, obliquus und Quadratus lumborum), wenigstens in gewissen dem Hypochondrium

benachbarten Bündeln tragen die Schuld an der Deviation. Man findet in der That eine beträchtliche Regidität am Rücken und Hypochondrium, welche entweder Schmerz oder ein unangenehmes Gefühl von peinlichem Ziehen verursacht.

Wir halten die hysterische Scoliose für eine wirkliche dynamische Scoliose, sine materia und glauben, dass die von einigen Autoren ausgesprochene Hypothese, wonach die Erkankung auf eine Reizung der motorischen Zellen der Vorderhörner des Rückenmarks, etwa analog der Reizung der Elemente durch Strychnin beruht, zum mindesten ganz unbewiesen ist. Tölken[1]) erklärt es folgendermassen:

„Bekanntlich lehrt die Physiologie, dass alle Muskeln sich in permanenter leichter Contraction befinden, hervorgerufen durch eine dauernde Erregung der Ganglienelemente des Rückenmarks, welche ihrerseits wieder von centripetalen Reizen abhängig sind, die von den Muskeln und ihren Umhüllungen ausgehen. Durch eine Steigerung dieses als Muskeltonus bekannten Erregungszustandes ist nun nach Charcot [2]) die Erscheinung der permanenten Contracturen zu erklären: Die Contractur stellt gewissermassen den Muskeltonus in seiner höchsten Potenz dar."

Man ist allenthalben der Anschauung, dass das Trauma zu den häufigsten Ursachen des Ausbruchs der Hysterie zähle. Die Art und Intensität des Traumas ist wohl ohne Bedeutung, so dass man bei empfindlichen Personen, welche man erst spät nach dem Unfalle zu Gesicht bekommt, nicht mit Sicherheit auf die Schwere des Traumas schliessen kann.

Es ist dies leicht bei Eisenbahnunfällen constatirbar. In der Regel sind es nicht die Schwerverletzten, welche der Hysterie zum Opfer fallen, sondern es sind im Gegentheil gerade die wenig Beschädigten, welche nach dem Unfalle entweder selbst einen anderen Zug zu besteigen im Stande sind, oder sogar zu Fuss weiter gehen

[1]) Tölken l. c.

[2]) Charcot, Ueber die Localisation der Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten p. 175.

können. Auch ist es allgemein bekannt, dass Furcht allein schon im Stande ist, nervöse Erscheinungen paralytischer oder paretischer Art hervorzurufen, wie man ja öfter sehen kann, dass Leute, die einer nahen Gefahr leicht durch Davonlaufen entgehen können, plötzlich mit den Beinen zu zittern anfangen und stehen bleiben.

Auch andere seelische Erregungen spielen in der Aetiologie der hysterischen Contracturen, wie in der Aetiologie aller nervösen Erscheinungen eine grosse Rolle. Starker Aerger, heftiger Zorn, psychische Erschütterung, aber auch Alkoholismus und andere Intoxicationen genügen häufig sie in die Erscheinung treten zu lassen.

Was die Prognose anbetrifft, so sagt Charcot: „Bei Kindern besteht die Hysterie nicht lange". Da dürfen wir wohl auch für die hysterische Scoliose die Jugend der Erkrankten als gutes Prognosticum betrachten

Aber wenn auch die Prognose fast immer günstig ist und wir immer auf Heilung rechnen dürfen, so ist es doch ungewiss, zu welcher Zeit, und unter welchem Einflusse sie eintreten wird.

Die hysterische Scoliose kann wie alle Contracturen plötzlich allen einfachrn Mitteln weichen, oder aber sie wird unverändert Monate und Jahre lang fortbestehen, trotz der verschiedensten und rationellsten therapeutischen Massregeln.

Es ist durchaus nicht von der Hand zu weisen, dass die Heilung plötzlich infolge eines Wundertrankes, einer heftigen Erregung oder gar einer Pilgerfahrt eintreten kann. Wir brauchen wohl nur auf die bekannte Thatsache hinzuweisen, welche Heilerfolge bei hysterischen Contractionszuständen z. B. die Wallfahrten nach Kevlaar und Lourico zu erzeugen vermögen.

Behandlung: Es giebt keine specielle Behandlung für die hysterische Scoliose; da sie eben ein Symptom der Hysterie ist, so muss die Behandlung sich nicht etwa auf die Scoliose beschränken; man wird eben der Grunderkrankung: der Hysterie zu begegnen haben. Wir wollen uns daher auf die Skizzirung der besten Heilmethoden der Hysterie beschränken.

Die Frage nach der Anwendung innerer Heilmittel ist der Gegenstend zahlreicher Controversen geworden. Die Einen messen ihr einen vollständigen Erfolg bei, die Anderen, darunter die Schule Salpêtière stellen jede erfolgreiche Wirkung in Abrede; ein spezifisches Medicament wird vermuthlich nie gefunden werden. Jedenfalls muss man bei der hysterischen Scoliose nur Medicamente anwenden, die einen paralisirenden Einfluss auf das Nervensystem ausüben, z. B. Brom-Kalium und die anderen Brompräparate, Acid cyanhydr., Atropin, Aconit etc. Nebenbei wird man bei Kindern sich bemühen, den Krätftezustand durch tonisirende Mittel zu erhalten und zu heben, durch Amara, forcirte Ernährung etc. Bei der Electricität kann man hinsichtlich der Contracturen nur auf ungewisse Erfolge rechnen. Remak empfiehlt den Gebrauch des constanten, abnehmenden Stromes, der entweder auf die Wirbelsäule, oder auf die contrahirten Muskeln- die Ursache der Scoliosen- angewandt wird.

Bei Charcot wurde die Franclinisation sehr viel geübt. Die Eigenschaft des Magneten im Allgemeinen kann für die Heilung der Scoliose nutzbar gemacht werden; aber die Wirkung ist ungewiss. Ganz besonders empfiehlt Charcot [1]) Isolirung der Kranken; ohne Isolirung ist der Erfolg der übrigen Therapie geringfügig und unsicher. Ebenso sind die Angaben vor dem spezifischen Heilwerth der Massage mit Vorsicht aufzunehmen.

Roberts [2]) empfiehlt den Aufenthalt an der See, verbunden mit Spielen und gymnastischen Uebungen.

Nach Robin ist die Behandlung eine allgemeine: Kräftigung des Körpers durch Landaufenthalt, Bäder, Gymnastik; Stärkung der Muskulatur durch Anwendung von Massage und Electricität; durch die Anwendung des orthopädischen Bettes soll die Wirbelsäule unterstützt und gleichzeitig die Deformität bekämpft werden, desgleichen können redressirende Apparate und die Autosupension zur Anwendung

[1]) Charcot. Klinische Vorträge, übersetzt von S. Freund. Leipzig 1894.

[2]) Ch. Roberts. Treatment, of functional curvatures of the spine by gymnastics. Britsch med. Journal 1895. 6. p. 12.

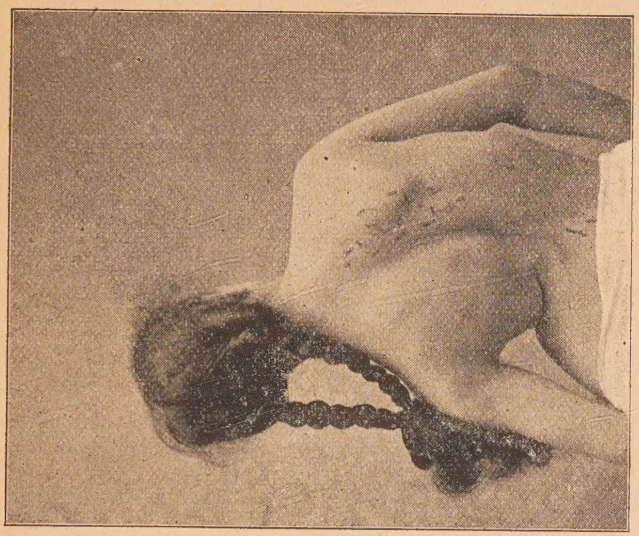
kommen. Als zweckdienlichste Behandlung der Hysterie dürfen wir wohl die Hydrotherapie hinstellen. Unter den citirten Fällen sind bei zwei Patienten unter Wasserbehandlung die Erscheinungen der Scoliose zurückgewichen. Es empfiehlt sich etwa täglich eine kalte Douche von kurzer Dauer zu verordnen. Nach dem Verschwinden der Scoliose wird zur Prophylaxe der Recidive ein Fortfahren in dieser Behandlung sehr rathsam sein.

Neben diesen verschiedenen Heilmethoden giebt es eine, die in der letzten Zeit besonders wichtig geworden ist. Das ist der Einfluss der Persönlichkeit des Arztes. Gerade bei der Hysterie hat das gute Zureden, die Suggestion recht annehmbare Erfolge gezeitigt. Alle Autoren stimmen darin überein, dass die Affectionen eine psychische Erkrankung darstellen, dass die primäre Schädigung im Gehirn sitzt, und dass erst sekundär die verschiedenartigen functionellen Störungen der Organe entstehen. Und bei einer Krankheit, bei der man schon seit langer Zeit die auftretenden Symptome als psychisch veranlasst ansieht, muss es von vornherein klar sein, dass auch die psychische Therapie die beste Heilmethode vorstellt. In der That, bei der Hysterie feiert die Psychotherapie ihre höchsten Triumpte. Die zahllosen Wunderkuren mit denen die Kurpfuscher Reklame treiben und von denen auch manche Aerzte berichten können, sind zumeist Heilungen von hysterischen Symptomen. Es genügt auch, wenn wir die Geschichten von den Wunderheilungen der Besessenen lesen, die in den vergangenen Jahrhunderten von vielen heiligen Männern vollzogen worden sind[1]). Jene dunkle Zeit, die mit ihrem „religiösen" Fanatismus und ihrem Glauben an Gespenster die Menschen im dauerndem Schreckzustande hielt, und so die Entwickelung hysterischer-Affectionen begünstigen konnte hatte in dem festen Glauben an die Macht der Kirche, an Autoritäten, zugleich ein recht sicheres Heilmittel für diese psychische Erkrankung. Auch noch in unseren Tagen hört man von solchen Wunderkuren, zumeist in den Ländern, wo die Aufklärung wenig

[1]) Gilles, de la Tourette, Hysterie nach den Lehren der Salpêtière; Deutsch von K. Grube 1894.

fortgeschritten ist. Welcher Mittel man sich zur Unterstützung der Suggestion bedient, ist gleichgültig. Die Hauptsache ist, dass man einen Eindruck auf den Patienten macht, was infolge der erhöhten Suggestibilität der Hysterischen nicht schwer ist.

Am Schlusse deiser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Mendel für die Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Ueberlassung des Materials, sowie dem Herrn Assistenten Dr. Schuster für die gütige Unterstützung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.



2.

1.

Thesen.

I. Die Hysterie ist eine Geisteskrankheit, die zur grossen Gruppe der Krankheiten durch Entartung gehört.

II. Jedes Carcinom, wenn es nur operabel ist, soll sofort der Messerbehandlung unterworfen werden.

III. Bei den psychischen Krankheiten spielt die Heredität eine hervorragende Rolle.

Vita.

Verfasser dieser Arbeit, Abraham Germant, Jude, Sohn des Privatbeamten Joseph Germant, geboren zu Rogatschew (Russland, Gouv. Mohilew) erhielt seine Schulbildung auf dem Gymnasium zu Mohilew. Er studirte auf der hiesigen Universität Medicin vom Winter-Semester 1889 bis Winter-Semester 1891, und von Winter-Semester 1894 bis Sommer-Semester 1897.

Am 26. Februar ds. Js. machte er das Tentamen medicum und am 5. März das Examen rigorosum.

Vom 1. August bis 10. October 1895 war er im Krankenhause Moabit auf der Abtheilung des Herrn Prof. Dr. Goldschneider, vom 1. März bis 2. Mai 1896 auf der I. medicinischen Klinik des Herrn Geh. Med. Rath Prof. Dr. von Leyden (Oberarzt Prof. Dr. Klemperer), als Famulus beschäftigt.

Er besuchte die Vorlesungen, Kliniken und Kurse der Herren: Brieger, E. du Bois-Reymond (†) Burchardt (†) Fritsch, Gad, Hartmann (†), Hertwig, Heubner, v. Hofmann (†), Israel, Klemperer, Kossel, Kundt, (†), Kasper, Liebreich, Mendel, Munk, Olshausen, Paulsen, Pfeifer, Preyer (†), Rawitz, Rosenheim, Schweiger, Senator Silex, Virchow, Waldeyer, Winter, Wolf.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen tiefgefühlten Dank aus.